Klinik des Typhus abdominalis im Säuglingsalter.

Auszug der gleichbetitelten Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Falkultät der Georg August-Universität zu Göttingen

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Willy Larsson,
praktischer Arzt,
aus Nordhausen.

Nordhausen 1920.
Druck von Theodor Müller, Nordhausen.

Der medizinischen Fakultät der Universität Göttingen
vorgelegt am 7. Juni 1920.

Referent: Professor Dr. Göppert.

Die Drucklegung ist seitens der Fakultät genehmigt.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548120_0105

Unter Zugrundelegung der einschlägigen Literatur wird im Anschluss an folgenden Fall, der in der Göttinger Kinderkilinik beobachtet wurde, ein Ueberblick über die Klinik des Typhus abdominalis im Säuglingsalter gegeben. Zunächst folge der Auszug aus der Krankengeschichte der Hertha R.

Hertha R., sechs Monate alt, die letzten Wochen vor der Einlieferung in die Klinik künstlich ernährt, erkrankte mit hohem Fieber, starker Hinfälligkeit, Erbrechen, Schreien und wenigen uncharakteristischen Durchfällen; der klinische Eindruck bei der Aufnahme wurde hypnotisiert durch die Steifigkeit und Nahrungsverweigerung bei vorhandener Bewusstseinsstörung. Das ganze Krankheitsbild ähnelte einer Alimentaeren Toxikose. Nachdem die Wasserverarmung bei dem Säugling durch mehrfache Eingüsse von Lullusbrunnen in den Magen beseitigt war, standen meningitische Erscheinungen im Vordergrund des Krankheitsbildes. Gespannte Fontanelle, starrer Gesichtsausdruck, teilweise auftretendes Muskelzittern in der einen Hand und eine gewisse Steifigkeit des ganzen Körpers bestärkten uns in der Annahme einer Meningitis, die durch die Lumbalpunktion bestätigt wurde. Es wurde dabei ein erhöhter Druck von 160 mm gefunden, das abgelassene Lumbalpunktat hatte eine rein seröse Beschaffenheit ohne jede pathologische Beimengung, wie es bei Meningitis serosa gefunden wird; diese Diagnose wurde aufgestellt.

Das Fieber bot in den ersten 6 Tagen das Bild einer Febris continua von 38,5 bis 39,6 ° C, fiel am 7. Tage kritisch auf 35 8° C. ab, stieg am nächsten Morgen wieder auf 37,6 °, um von da an lytisch im Laufe der nächsten

10 Tage zur Norm abzufallen. Die Pulskurve begleitete die Fieberkurve im wesentlichen. Die Darmerscheinungen boten nichts besonderes, ganz vereinzelt wurde mässiger Durchfall beobachtet, dagegen fast tägliches Erbrechen, wobei die bei relativ erhaltenem Bewusstsein anfangs absolut nur durch Schlundsonde zu überwindende Nahrungsverweigerung, die allmählich in eine schwer launische überging, ganz im Vordergrunde der klinischen Erscheinungen stand. Für die launischen Nahrungsverweigerungen, die bis zum Schluss des Klinikaufenthaltes des Säuglings beobachtet wurden, wurde indessen nicht allein die Erkrankung als solche verantwortlich gemacht, sondern zugleich eine neuropathische Veranlagung des Kindes, die sich auch aus dem sehr eigentümlichen Verhalten der Mutter und im Wesen des später eingelieferten Bruders zeigte. Psychisch machte der Säugling, der sich von der 5. Krankheitswoche nach der Einlieferung, sichtlich erholte, sonst den Eindruck eines freundlichen Kindes; während der ersten Wochen der Krankheit wurde sehr häufiges Schreien bei teilweise vorhandener Schlafsucht beobachtet.

Die Aetiologie des Falles erhielt eine überraschende Aufklärung, als der 12 jährige Bruder der Hertha R. fünf Wochen später ebenfalls unter den Erscheinungen einer Meningitis in die Kinderklinik eingeliefert wurde. Dabei wurde anamnestisch festgestellt, dass seit der Erkrankung der Hertha R. fast alle 2—3 Wochen eins ihrer 12 Geschwister, im Ganzen 5 an typhusähnlichen Zuständen erkrankt waren; zwei davon waren gestorben, durch die Sektion wurde Typhus abd. festgestellt. Bei dem 12 jährigen Walter R. war die Gruber-Widal'sche Reaktion positiv; die Diagnose bei der Hertha R. war nicht gestellt, einfach weil man nicht daran gedacht hatte. Nunmehr wurde nachträglich die Diagnose auf Meningitis serosa typhosa gestellt, einem Krankheitsbild, das bei Paratyphus kürzlich Marschhausen ebenfalls bei einem Säugling aus der Göttinger Kinderklinik

beschrieben hat. Unser Fall, der zum Ausgang einer Typhushausendemie geworden war, wurde uns zur Veranlassung, den Säuglingstyphus unter diesem Gesichtspunkt einmal zu betrachten und unter Zugrundelegung der einschlägigen Literatur war es uns möglich, folgende Formen des Säuglingstyphus aufzustellen:

Unter Berücksichtigung der Erkenntnis, dass jeder Typhus als Allgemeinerkrankung, als Bazillaemie, beginnt, konnten wir auch in Uebereinstimmung mit den klinischen Beobachtungen das Bild einer fieberhaften, typhösen Allgemeininfektion des Säuglings aufstellen, das ohne hervorstechende Lokalsymptome verläuft. Das charakteristische ist das Fieber, das in der Regel einen staffelförmigen Anstieg zeigt und am 3. Tage gewöhnlich seinen Höhepunkt erreicht, um in das Stadium der Continua von meist kürzerer Dauer als wie beim Typhus der Erwachsenen überzugehen; jedoch zeigt das Fieber beim Säuglingstyphus grosse Unregelmässigkeiten, es hat oft remittierenden Charakter; eine gesteigerte Pulsfrequenz entsprechend der Höhe des Fiebers ist das gewöhnliche beim Säugling. Milztumor wird nicht immer beobachtet, ebensowenig Roseolen, die meist frühzeitiger als beim Erwachsenen erscheinen, dafür aber auch oft sehr spärlich vorhanden sind, sodass sie leicht übersehen werden können.

Die allgemeine Hinfälligkeit und die starke Mitbeteiligung des Nervensystems geben dieser Form des Säuglingstyphus, auch den leichteren Fällen, das Gepräge einer schweren Erkrankung, was durch dumpfes Niederbrüten, Benommenheit des Sensoriums, Besinnungslosigkeit bis zum völligen Verlust des Bewusstseins in erster Linie gekennzeichnet ist. Als leichteste Form der Bewusstseinstrübung beobachtet man häufig eine gewisse Apathie und Stumpfheit mit auffallender Schlafsucht.

Von dieser depressiven Form, dem eigentlichen status typhosus, unterscheidet sich die Excitative, die man zuweilen

beobachtet und die sich durch starke Unruhe, Delirien, grosse Schlaflosigkeit und durch häufig andauerndes, wie automatisch erfolgendes Schreien auszeichnet.

Als weitere unterstützende Symptome in der Diagnosenstellung der typhösen Allgemeininfektion können wir die Diazo-Reaktion des Harnes, die Leukopenie und Gruber-Widal'sche Reaktion neben dem Versuch des direkten Nachweises der Erreger aus Blut, Harn und Faeces heranziehen. Gerade auf die beiden letzterwähnten Untersuchungsmethoden sind wir angewiesen, wenn wir die Abortivformen des Säuglingstyphus als solche diagnostizieren wollen; gerade diese leichtesten Formen des Säuglingstyphus können insbesondere bei Brustkindern unter den Erscheinungen einer einfachen Dyspepsie, eines uncharakteristischen, fieberlosen Durchfalls oder eines einfachen fieberhaften Darmkatarrhs, eines „gastrischen Fiebers" verlaufen, einer Diagnose, mit der wir uns nie zufrieden geben sollten, wenn wir bedenken, dass fieberhafte Darmkatarrhe, die nicht auf akuten Ernährungsstörungen beruhen und wenn sie einige Tage anhalten, bei Säuglingen stets infektiöser Natur sind. Gerade die unerkannten Abortivformen des Säuglingstyphus sind es, die zur Quelle der Ansteckung werden.

Als weitere mit Darmsymptomen verlaufende Form des Säuglingstyphus kennen wir die Gastroenteritis typhosa, die in allen ihren Erscheinungen, wenn auch nur in seltenen Fällen wie beim Typhus abd. der Erwachsenen verlaufen kann, meist aber, was die Darmerscheinungen anbelangt, sich durch unregelmässige, uncharakteristische Durchfälle auszeichnet, während im übrigen mehr oder minder die Erscheinungen der oben beschriebenen typhösen Allgemeininfektion, vorhanden sind. Auch in path.-anatom. Beziehung ist es auffallend, in wie geringem Umfang der Darm beim Säugling meist mit befallen ist, sodass man bei den meisten Durchfällen dieser Art dazu neigt, sie als parenterale durch das Typhustoxin bedingte aufzufassen.

Als 4. und letztes selbstständiges Krankheitsbild des Säuglingstyphus sei der Meningotyphus beschrieben, wobei wir eine durch die Typhusbazillen bedingte eitrige Meningitis typhosa von der durch das Typhustoxin erzeugten Meningitis serosa typhosa abtrennen; für letztere haben wir unseren Fall Hertha R. als schönes Beispiel kennen gelernt, auch die erste Form ist bei einem Säugling durch Lyall beschrieben worden. Die klinischen Erscheinungen, die nicht mit dem gewöhnlichen status typhosus verwechselt werden dürfen, sind bei beiden Formen im wesentlichen dieselben, allenfalls nur gradweise verschieden und zeichnen sich durch gespannte Fontanelle, Erbrechen, Schreien, Krämpfe, Muskelzittern, allgemeine Steifigkeit des ganzen Körpers, Starrheit des Gesichtsausdruckes, Nackensteifigkeit und Kernigsches Phänomen mehr oder minder aus, wobei die beiden letzten Symptome bei Säuglingen durchaus nicht vorhanden sein brauchen.

Als häufigste Komplikation haben solche der Lungen zu gelten, die bei schwächlichen Sänglingen oder bei schlecht gepflegten Kindern sekundär zu Bronchitis oder zur Bronchopneumonie führen können und bei grösserer Ausdehnung oft zum Exitus führen. Als nächst wichtige Komplikation sei die Otitis erwähnt, die selbst meist gutartig zu verlaufen pflegt, aber bei Vernachlässigung zur sekundären Meningitis und zu Hirnabscessen führen kann. In schweren und langandauernden Fällen kann es zu eitrigen Hautaffektionen wie Furunkeln, Abscessen und Decubitusgeschwüren kommen, die Beachtung verdienen.

Die Prognose des Säuglingstyphus ist im allgemeinen günstiger wie bei Erwachsenen und Kindern. Differentialdiagnostisch muss man dem Säuglingstyphus häufig von Ruhr, Paratyphus, den einzelnen Meningitiden und alimentärer Toxikose, wie unser Fall lehrt, abgrenzen; in diesem Zusammenhang sei nochmals hervorgehoben, dass man bei fieberhaften Darmkartarrhen von Säuglingen sich nicht mit

dieser Diagnose einschläfern, sondern immer nach einer infektiösen Komponente forschen soll.

Therapeutisch begnüge man sich bei Säuglingen, was status typhosus und Fieber anbelangt, mit milder Bäderbehandlung und was Ernährung anbelangt, mit sinngemässer Anwendnng der allgemein üblichen Säuglingsernährung, wobei man bei ausgedursteten Individuen wie in unserem Falle Wasserspeisung nicht vernachlässigen und bei Nahrungsverweigerung vor Zwangsmitteln, wie Schlundsondenfütterung wie ebenfalls unser Fall zeigt, nicht zurückzuschrecken braucht.

Herrn Professor Dr. Göppert bin ich für die freundliche Anregung zur Arbeit und für deren Referats-Uebernahme zu Dank verpflichtet.

Lebenslauf.

Geboren zu Nordhausen, besuchte ich das Gymnasium hierselbst, wo ich 1911 das Abiturium machte; alsdann bezog ich die Universität Marburg, wo ich mich 1913 der Vorprüfung unterzog, sodann Berlin und nach dem Kriege Göttingen, wo ich Frühjahr 1920 das Staatsexamen bestand. Im Kriege war ich vorwiegend als Truppenarzt bei der Infanterie tätig und bin Inhaber des E. K. 1. und 2. Klasse. Im Juni 1920 habe ich mich in Nordhausen am Harz als Arzt niedergelassen.